



Les soins cardiologiques en fin de vie

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Paul Farand



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou
potentiel en lien avec le contenu de cette
présentation

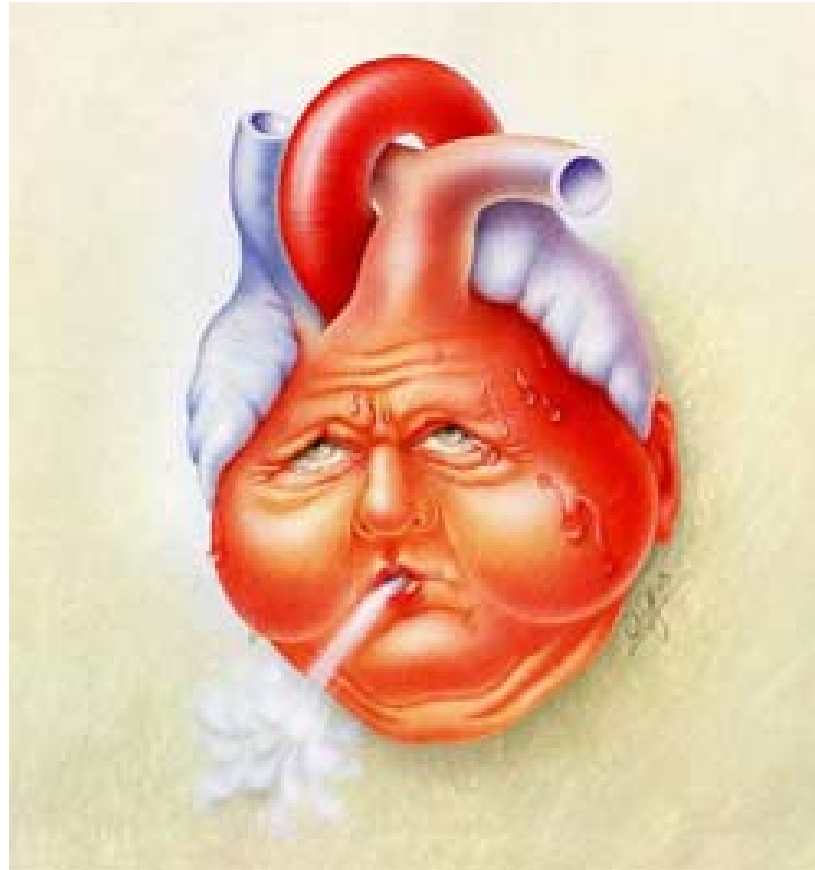
Objectifs

- Au terme de cette communication, le participant pourra :
 - identifier les patients souffrant de problèmes cardiovasculaires pouvant bénéficier de soins de fin de vie;
 - reconnaître les différents types de patients et leurs différents modes de réaction face à l'évolution de leur maladie;
 - choisir parmi les ressources disponibles celles qui sont le mieux adaptées pour la prise en charge des patients.

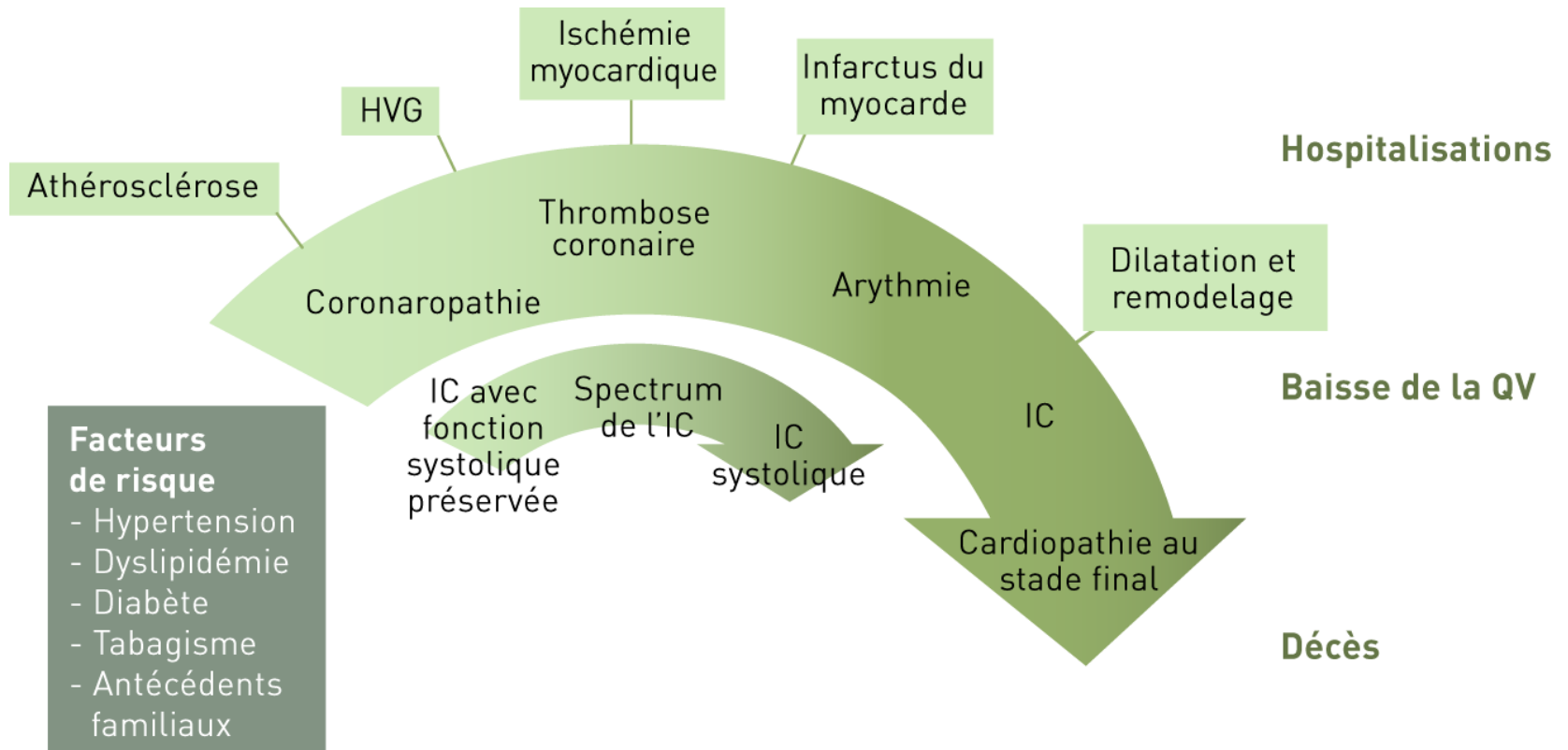
Objectifs

- Au terme de cette communication, le participant pourra :
 - identifier les patients souffrant de problèmes cardiovasculaires pouvant bénéficier de soins de fin de vie;
 - reconnaître les différents types de patients et leurs différents modes de réaction face à l'évolution de leur maladie;
 - choisir parmi les ressources disponibles celles qui sont le mieux adaptées pour la prise en charge des patients.

Qui est majoritairement atteint
d'insuffisance cardiaque?

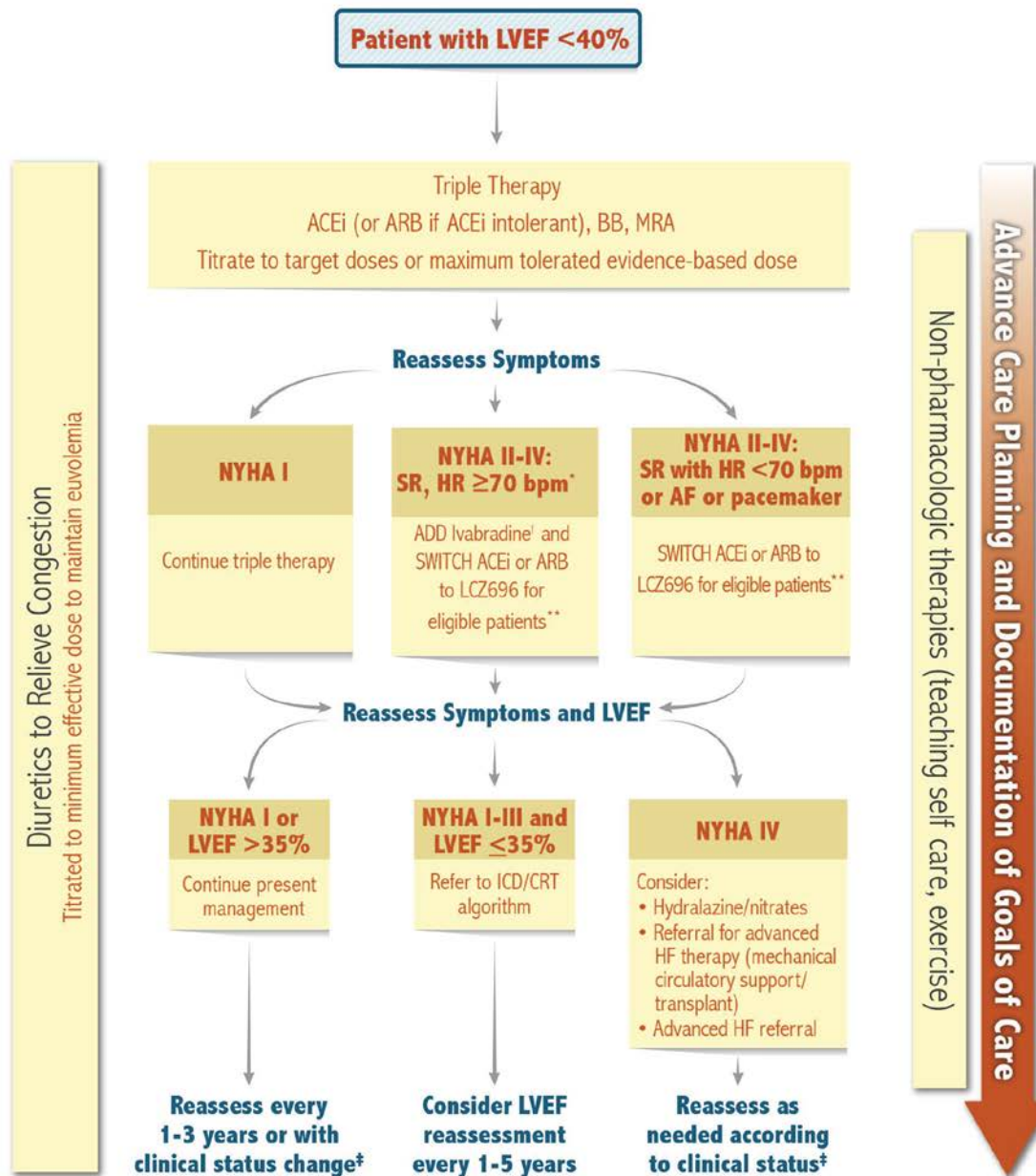


Le continuum de l'insuffisance cardiaque



Classification de la NYHA	
Classe I	Patient porteur d'une cardiopathie mais sans aucune réduction de l'activité physique.
Classe II	Légère limitation de l'activité physique. Aucune gêne au repos mais l'activité quotidienne ordinaire entraîne une fatigue, une dyspnée ou des palpitations.
Classe III	Limitation marquée des activités physiques. Il n'y a pas de gêne au repos mais une activité moins importante qu'à l'accoutumée provoque des symptômes.
Classe IV	Impossibilité de poursuivre une activité sans gêne : les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont présents, même au repos, et la gêne est accrue par toute activité physique.

Therapeutic Approach to Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction



Prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Prévention et traitement de l'insuffisance cardiaque (IC)

Prévention de l'IC : traiter tous les FR cardiaques; si la FÉVG est faible, prescrire un IECA +/- bêta-bloquant

En présence de symptômes d'IC et d'une FÉVG > 40 %, traiter la cause, p. ex., hypertension, ischémie
Envisager un IECA/ARA, bêta-bloquant

En présence d'IC systolique et d'une FÉVG < 40 %

Tous les patients présentant un IC systolique symptomatique :

- Prescription d'un diurétique adaptée au patient
- Enseignement sur :
 - Syndrome d'IC
 - Signes et symptômes d'alarme
 - Autosurveillance
 - Traitement médicamenteux
 - Pronostic

IECA

+

Bêta-bloquant

Intolérance

Prescrire un ARA

Intolérance

Prescrire un ARA

Régler aux doses cibles

Envisager un dérivé nitré/hydralazine

Si la FÉVG < 30 %, envisager le recours à un DCI

Si le complexe QRS > 120 ms, envisager le recours à un TRC

En cas d'IC réfractaire, envisager la transplantation

État clinique stable

Maintenir le traitement

Symptômes persistants

Classe III de la NYHA

Ajouter un ARA

Digoxine/dérivés nitrés

Classe IIIb – IV de la NYHA

↑ ou associer des diurétiques

Spironolactone

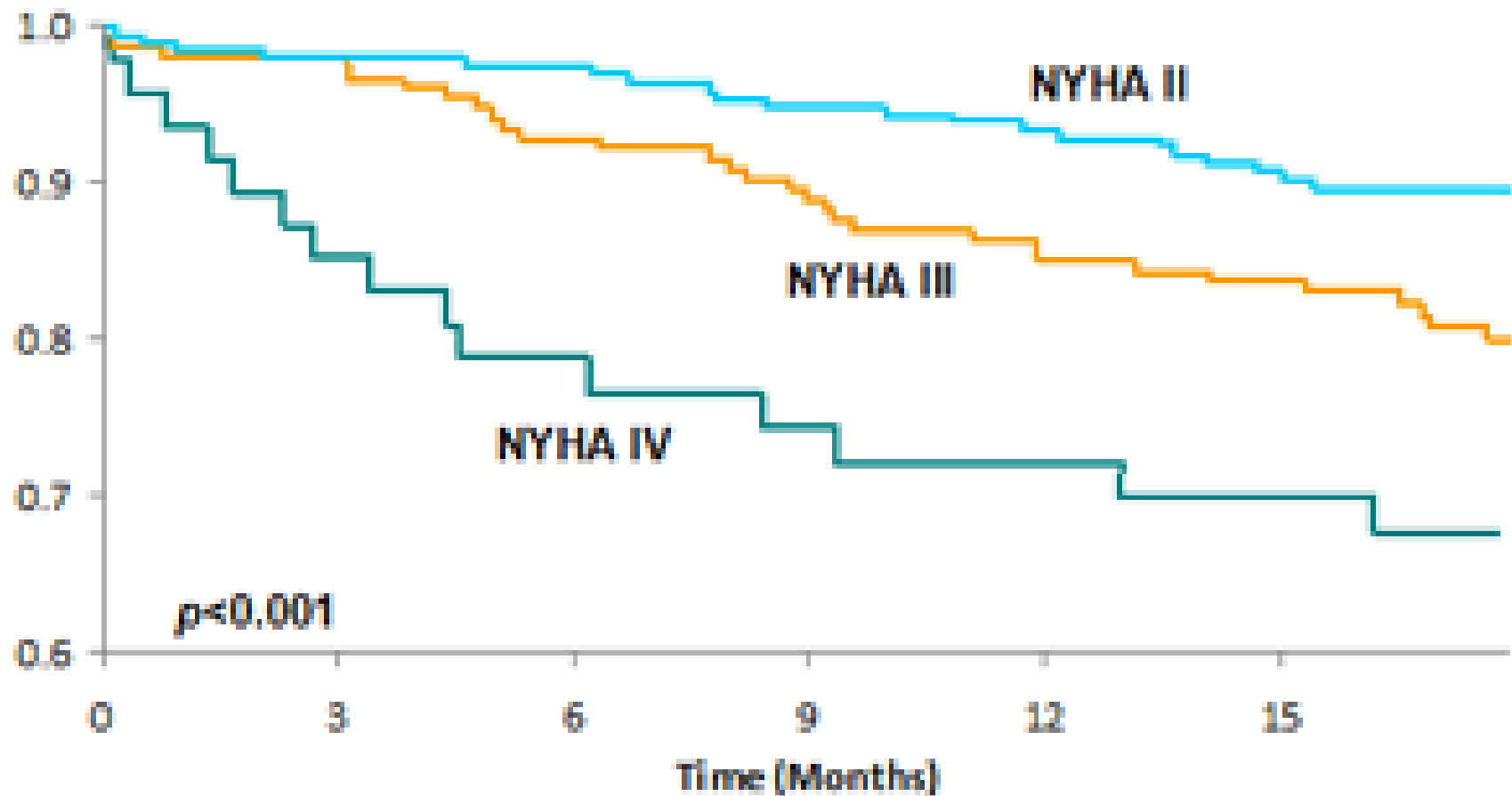
Qui a le meilleur pronostic à deux ans ?

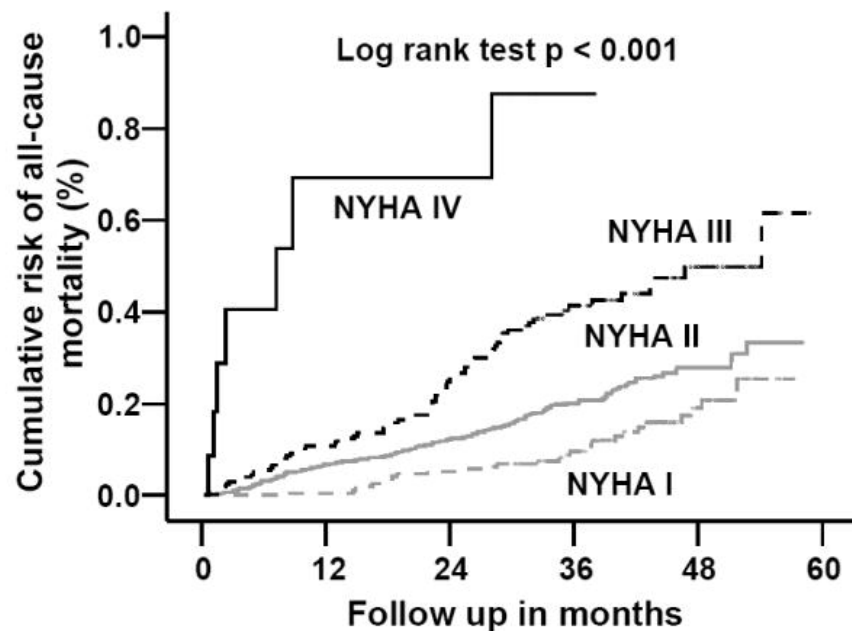
- A) H35 infarctus FEVG 40% aux soins intensifs sous coeur mécanique.
- B) F65 NYHA 4 Ancien infarctus, FEVG 40%, Hb 100, hospitalisée, Furosémide 80 IV BID.
- C) H85 NYHA 3 Ancien infarctus, FEVG 10%, Sous IECA et BB.

Qui a le meilleur pronostic à deux ans ?

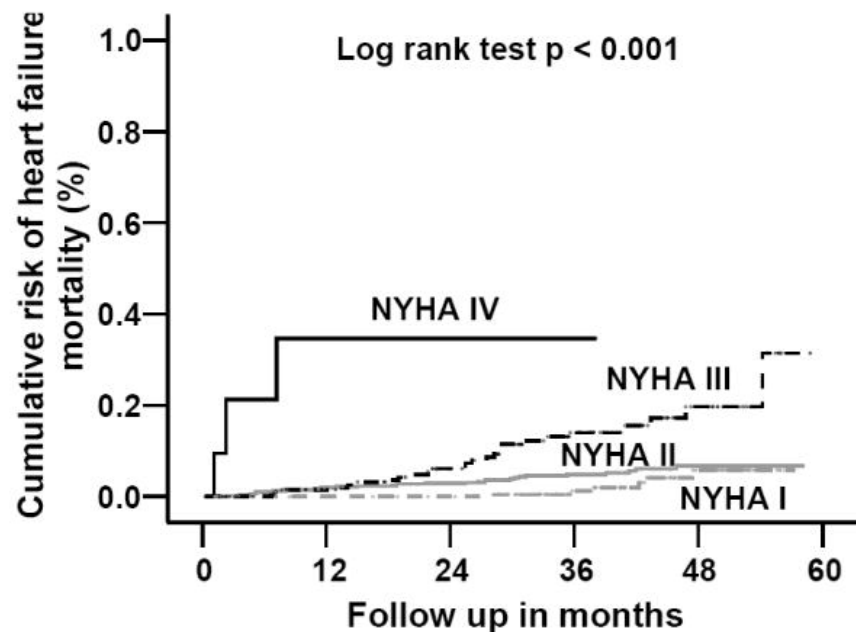
- A) H35 infarctus FEVG 40% aux soins intensifs sous coeur mécanique.
 - Survie à 2 ans : 22 %
- B) F65 NYHA 4 Ancien infarctus, FEVG 40%, Hb 100, hospitalisée, Furosémide 80 IV BID.
 - Survie à 2 ans : 12 %
- C) H85 NYHA 3 Ancien infarctus, FEVG 10%, Sous IECA et BB.
 - Survie à 2 ans : 73 %

Mortalité élevée de l'insuffisance cardiaque avancée





La mortalité en insuffisance cardiaque avancée est souvent en raison d'autres causes.



Nombreux facteurs pouvant moduler le pronostic...

Table 3 Final prognostic models for all-cause mortality based on forward stepwise Cox proportional hazard regression

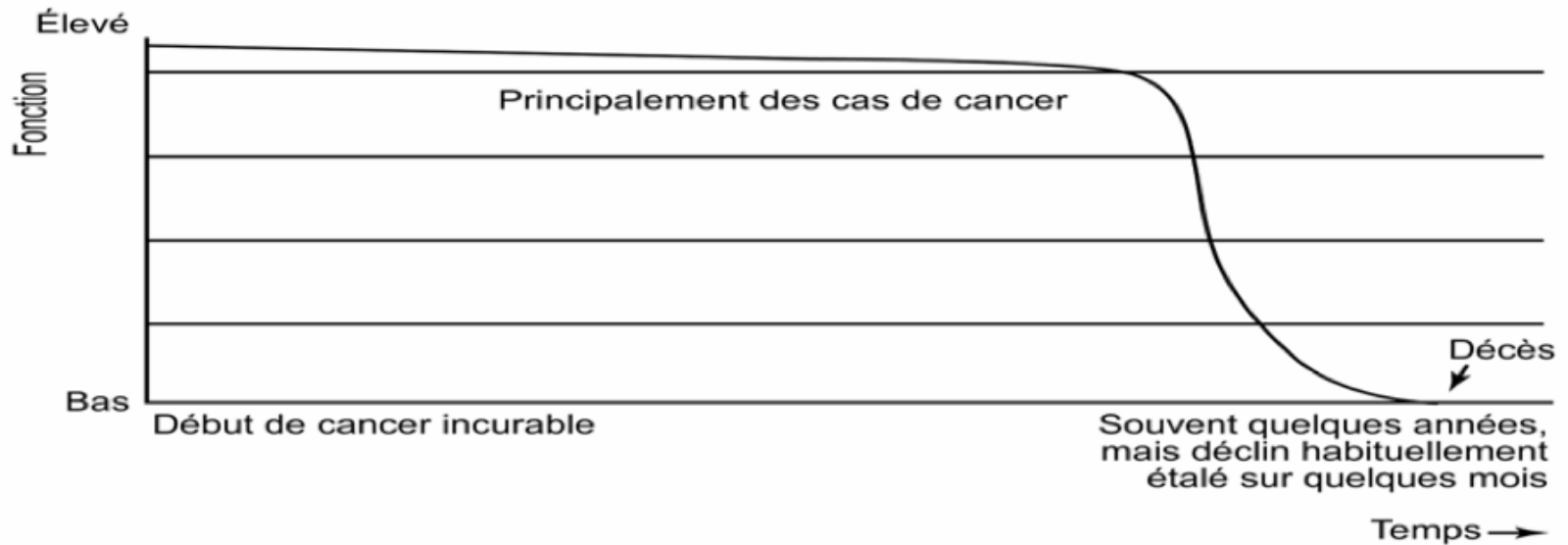
Variable	Hazard ratio	Lower 95% CI	Upper 95% CI	χ^2 -value	Coefficient	Standard error
Age (per 10 years over age 60)	1.73	1.62	1.84	284.6	0.547	0.032
Ejection fraction (per 5% decrease below 45)	1.14	1.12	1.17	107.6	-0.134	0.013
Diabetes: insulin-treated	1.80	1.56	2.08	64.4	0.589	0.073
Diabetes: other	1.50	1.34	1.68	49.1	0.403	0.058
BMI (per 1 kg/m ² decrease below 27.5)	1.07	1.05	1.09	52.2	-0.068	0.009
Female	0.77	0.69	0.86	22.3	-0.260	0.055
NYHA class III	1.30	1.16	1.45	21.8	0.260	0.056
NYHA class IV	1.68	1.33	2.11	19.0	0.517	0.118
Current smoker	1.34	1.18	1.53	19.0	0.293	0.067
Bundle branch block	1.25	1.13	1.39	18.8	0.226	0.052
Cardiomegaly	1.26	1.13	1.40	18.8	0.231	0.053
Prior HF hospitalization within 6 months	1.44	1.27	1.64	32.9	0.367	0.064
Prior HF hospitalization but not within 6 months	1.10	0.97	1.26	2.2	0.099	0.066
DBP (per 10 mmHg decrease)	1.10	1.05	1.15	17.1	-0.095	0.023
Diagnosis of CHF over 2 years ago	1.24	1.12	1.37	17.0	0.212	0.051
Previous myocardial infarction	1.23	1.11	1.35	16.8	0.205	0.050
Dependent oedema	1.22	1.10	1.36	13.5	0.199	0.054
Heart rate (per 10 b.p.m.)	1.07	1.03	1.10	12.7	0.064	0.018
Pulmonary crackles	1.18	1.05	1.33	8.0	0.169	0.060
Pulmonary oedema	1.37	1.10	1.71	7.8	0.313	0.112
Mitral regurgitation	1.15	1.02	1.28	5.7	0.137	0.057
Atrial fibrillation	1.11	1.00	1.23	3.9	0.103	0.052
Rest dyspnoea	1.11	1.00	1.23	3.8	0.104	0.053
Candesartan (vs. placebo)	0.91	0.83	1.00	3.8	-0.091	0.047

See the appendix for explanation of how to use coefficients in this table to predict an individual patient's risk. NYHA New York Heart Association; DBP diastolic blood pressure; BMI, body mass index.

Méconnaissance de l'évolution de l'insuffisance cardiaque avancée

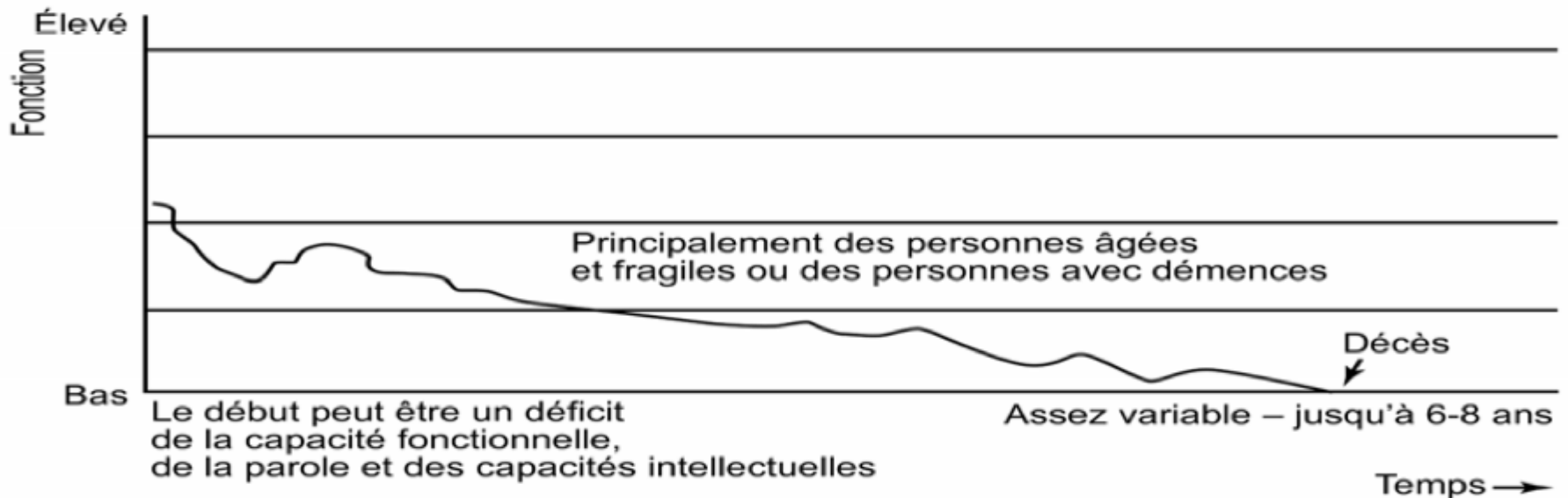
- Évolution en montagne russe permet moins de prédire l'évolution sauf à la toute fin.
- Les patients décèdent fréquemment d'autres causes.
- Ce n'est pas un cancer...
 - Pas seulement véhiculé par les patients.
 - Soins palliatifs majoritairement accessibles pour les patients en oncologie.

Courte période de déclin évident



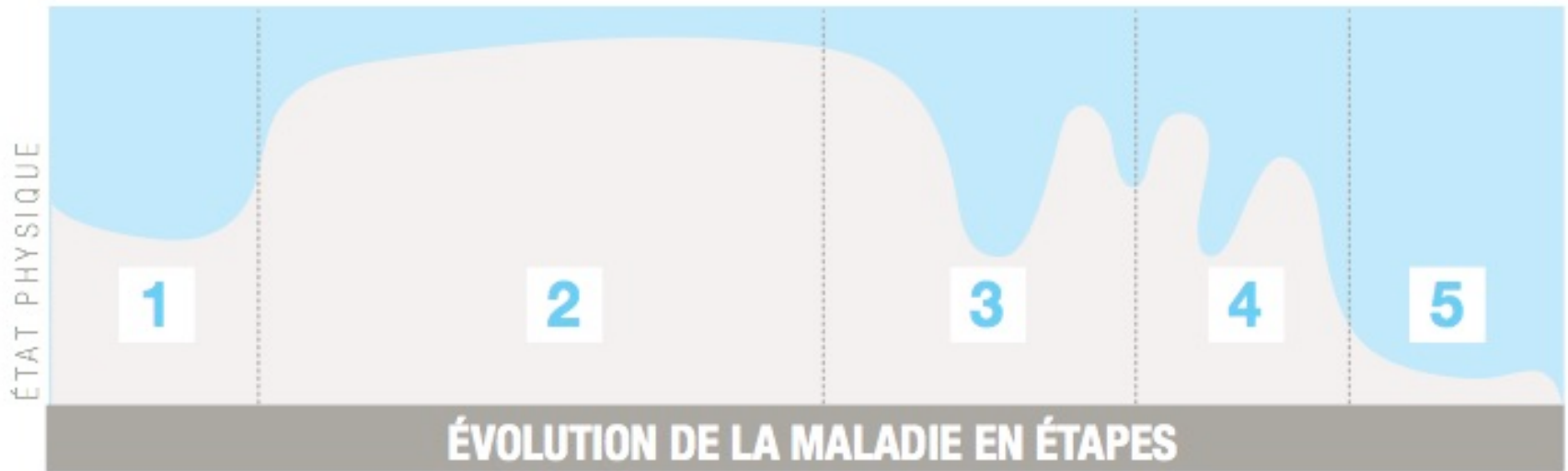
Adaptée de Murray et coll. (2005), Cité dans : Institut national de santé publique du Québec, 2006 p. 5 ;Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, B., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. British Medical Journal, 330, 1007-1011.

Détérioration sur une longue période



Adaptée de Murray et coll. (2005), Cité dans : Institut national de santé publique du Québec, 2006 p. 5 ;Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, B., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal*, 330, 1007-1011.

Évolution usuelle de l'insuffisance cardiaque



Identifier les patients

- Établir le pronostic
- Déterminer tous les traitements disponibles et les enjeux pour chacun de ces derniers
 - Pas d'alternative disponible acceptable ?
- Besoin d'avis d'experts dans le domaine

Objectifs

- Au terme de cette communication, le participant pourra :
 - identifier les patients souffrant de problèmes cardiovasculaires pouvant bénéficier de soins de fin de vie;
 - reconnaître les différents types de patients et leurs différents modes de réaction face à l'évolution de leur maladie;
 - choisir parmi les ressources disponibles celles qui sont le mieux adaptées pour la prise en charge des patients.

Recommandations CCS

- Avec les patients présentant une IC, **il faut aborder au tout début de la maladie** le pronostic, les dernières directives médicales en cardiologie et leurs souhaits en matière de soins de réanimation. Ces décisions doivent être régulièrement réexaminées, tout particulièrement après une modification de l'état de santé du patient.
(Classe I, Niveau C)
- Un décideur au nom d'autrui (fondé de pouvoir) doit être désigné
(Classe I, Niveau C)

Considérations d'ordre social

- Les questions d'ordre psychosocial (ex. : dépression, angoisse, isolation, soutien à domicile, nécessité de soins de relève, etc.) doivent être réexaminées de façon régulière
- Les personnes soignant les patients présentant une IC avancée doivent être examinées pour évaluer leur faculté de faire face à la lourdeur de la tâche

(Classe I, Niveau C)

(Classe I, Niveau C)

Aborder la fin de vie en insuffisance cardiaque (i♥)



Quoi dire? À qui?

Quand? Comment?

Anne-Geneviève Auger

Doctorante psychologie clinique D.Ps

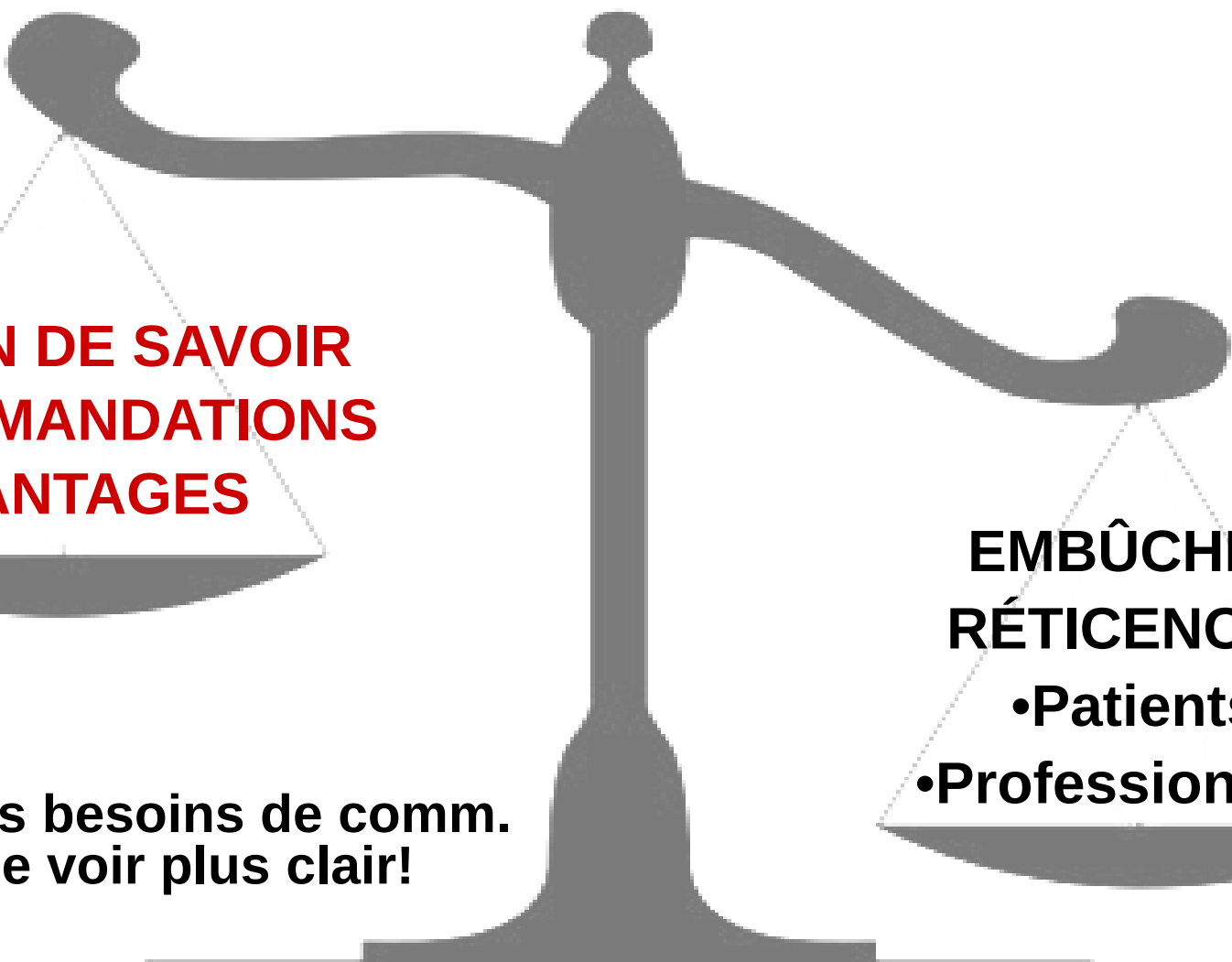
Université de Sherbrooke

6 mai 2013

2^e congrès
international francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du Réseau de soins
palliatif du Québec

Aborder ou non la fin de vie en insuffisance cardiaque (i♥) ?



**BESOIN DE SAVOIR
RECOMMANDATIONS
AVANTAGES**

**Étudier les besoins de comm.
Afin de voir plus clair!**

**EMBÛCHES
RÉTICENCES**
•Patients
•Professionnels

Réactions des professionnels

- À propos d'initier le dialogue.
 - Avez-vous des réticences?
 - Envisagez-vous des embûches (temps, ressources)?
- Vous reconnaissez-vous?
« Est-ce que c'est à moi à mettre la table? Ça pourrait être mal interprété par le patient. Il va se dire : "Je suis allé voir mon cardiologue, il m'a dit que je devrais faire mon testament, pour moi je vais mourir demain." » -cardiologue

*Rappel recommandations
Initier le dialogue : pronostic, fdv, plan

Réactions des patients

- À la place des patients,
 - Auriez-vous des réticences ou le besoin de savoir?
- Des avis partagés

« Ce qui va arriver je le sais pas, mais j’veux pas que ça arrive. J’pas prêt à rien de ça. Parlez de fin de vie, je suis pas rendu là. » -patient, 79 ans

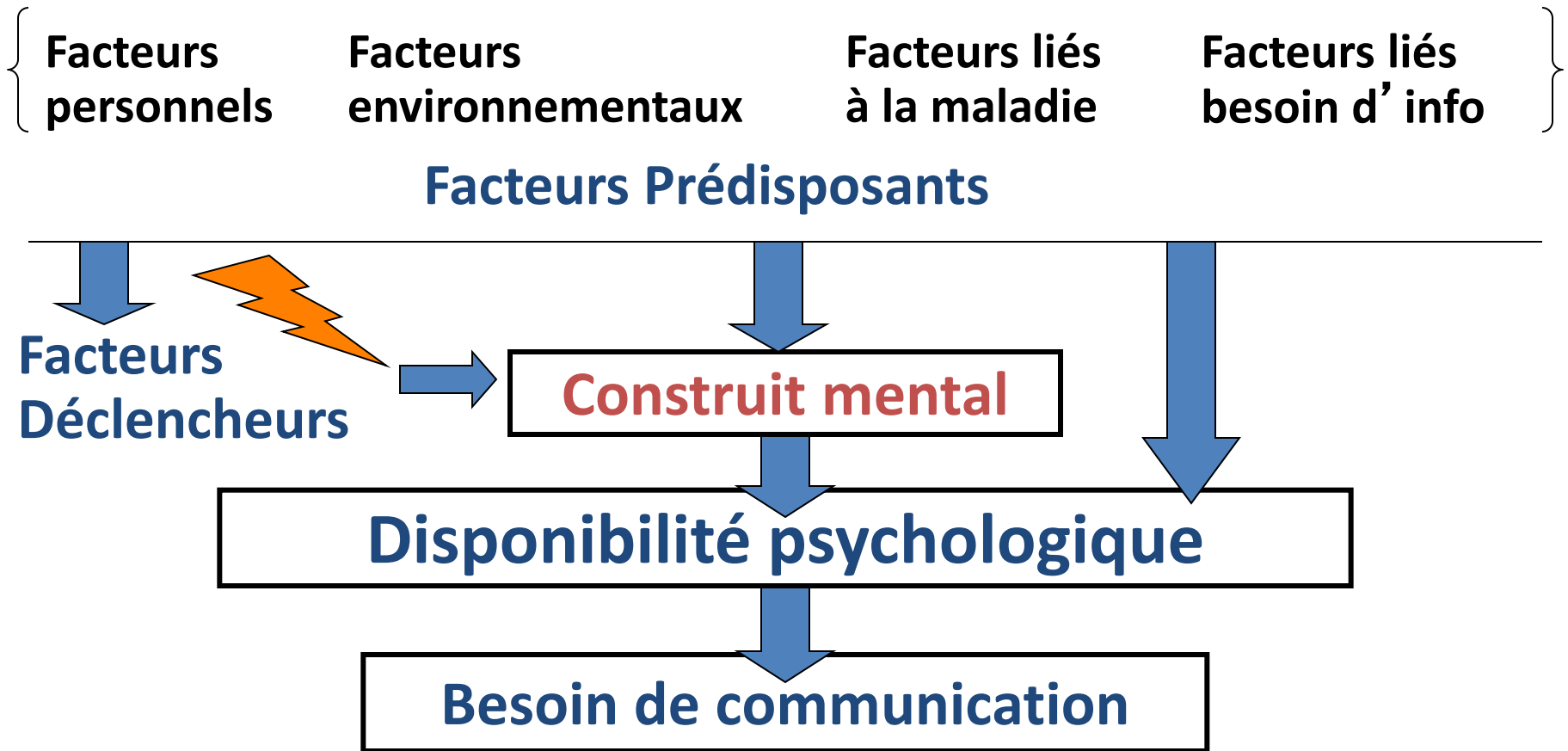
« Ça m’inquiète parce que je sais qu’on va mourir un jour, mais quand et comment? J’aimerais savoir avec cette maladie, est-ce que ça prend du temps? » -patiente 80 ans

Attitudes et besoins d' info.

Attitude	Besoins Info.	Caractéristiques
« <i>Battant</i> »	Situation actuelle	■ Attitude envers la fdv : Déni ■ Histoire médicale : « faux pronostic » ■ Espoirs +++ ■ Désir de vivre +++
« <i>Pas Pressé</i> »	Pronostic Évolution	■ N' a pas de signes que la mort est proche ■ Accepte la maladie
« <i>Réaliste</i> »	Prêt à tout aborder	■ Initiative préparation à la fin de vie ■ Désir de vivre mais accepte la réalité de la fin de vie
« <i>Anxieux</i> »	Seulement nécessaire	■ Tendance anxieuse ■ Craintes conséquences de l' info
« <i>Fatigué</i> »	A déjà les informations	■ Âgé, souffre des conséquences ■ Mort comme une délivrance

À Qui? et Quand?

Disponibilité psychologique



Clinique d'insuffisance cardiaque
VOS BESOINS D'INFORMATION

Date _____ **Nom** _____

1. Aimeriez-vous en savoir davantage sur l'état actuel de votre insuffisance cardiaque (traitements, mode de vie, médication)?

Oui ☐

Non ☐

2. Aimeriez-vous en savoir davantage sur la manière dont votre maladie risque d'évoluer (aggravation des symptômes, trajectoire de la maladie, risque de décès)?

Oui ☐

Non ☐

3. Aimeriez-vous en savoir davantage sur les complications possibles en fin de vie et les soins de confort?

Oui ☐

Non ☐

4. Aimeriez-vous en savoir davantage sur la préparation à la fin de vie?

a) sur le plan matériel (testament, mandat d'inaptitude, directives préalables, arrangements funéraires)?

Oui ☐

Non ☐

b) sur le plan psychosocial (aide psychologique, résolution de conflit)?

Oui ☐

Non ☐

c) sur le plan spirituel et religieux?

Oui ☐

Non ☐

5. Croyez-vous avoir pris toutes les mesures nécessaires au cas où votre état se détériorait

Oui ☐

Non ☐

Remettre cette feuille à l'infirmier/ère ou à la pharmacienne. Ces informations confidentielles aideront l'équipe de la clinique à mieux répondre à vos besoins.

DECIision-making about goals of care for hospitalized meDical patiEnts with Heart Failure

The DECIDE-HF Study



CARENET
Canadian Researchers at the
End of Life Network



**HEART &
STROKE**
FOUNDATION



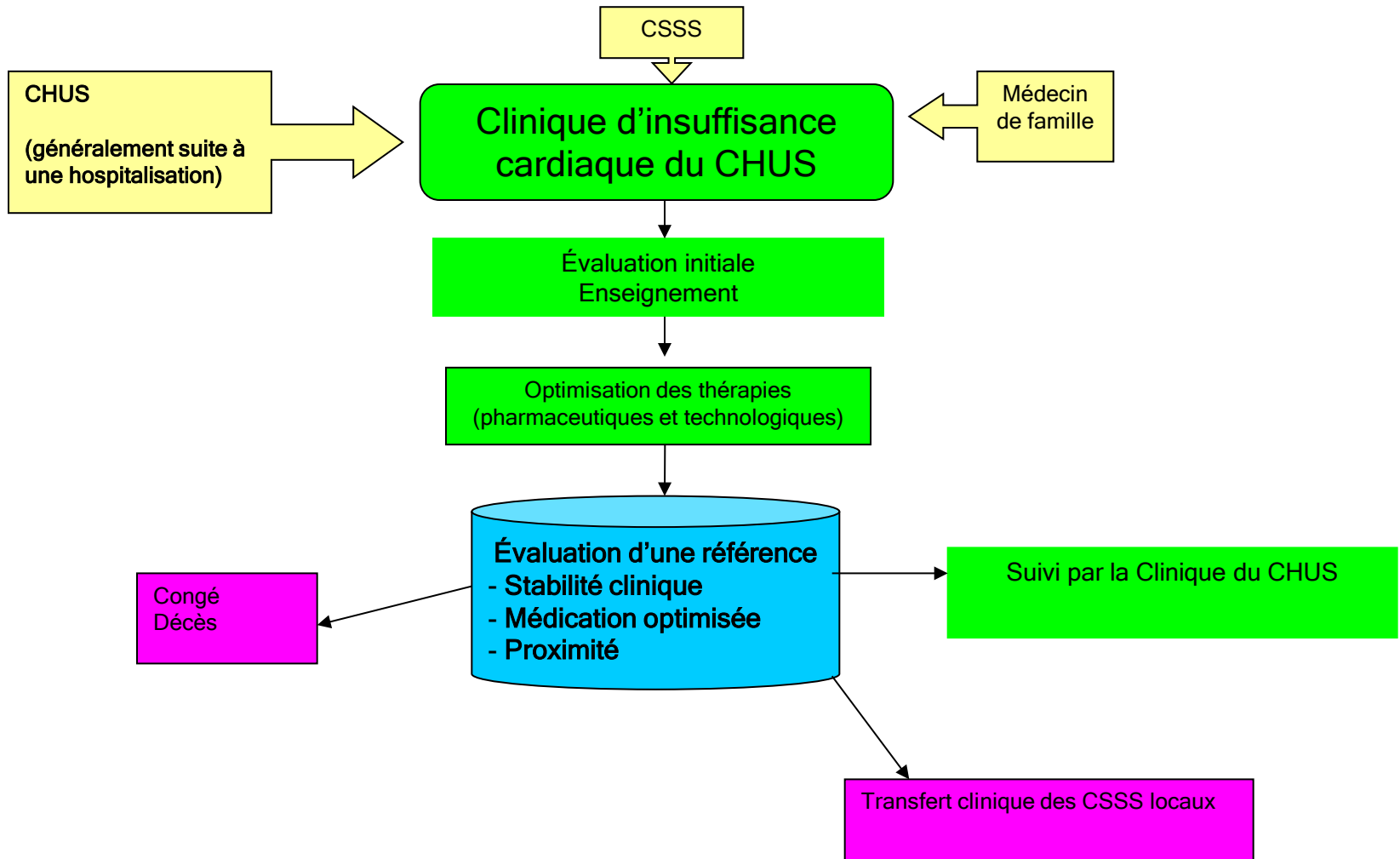
**Clinical Evaluation
Research Unit**

Conseils

- Donner l'heure juste.
- Le patient doit être capable de comprendre, de participer et de retenir l'information.
- Créer une ouverture et respecter les résistances.
- Respecter son champ d'expertise.
- Par un professionnel significatif.
- Prendre le temps.

Objectifs

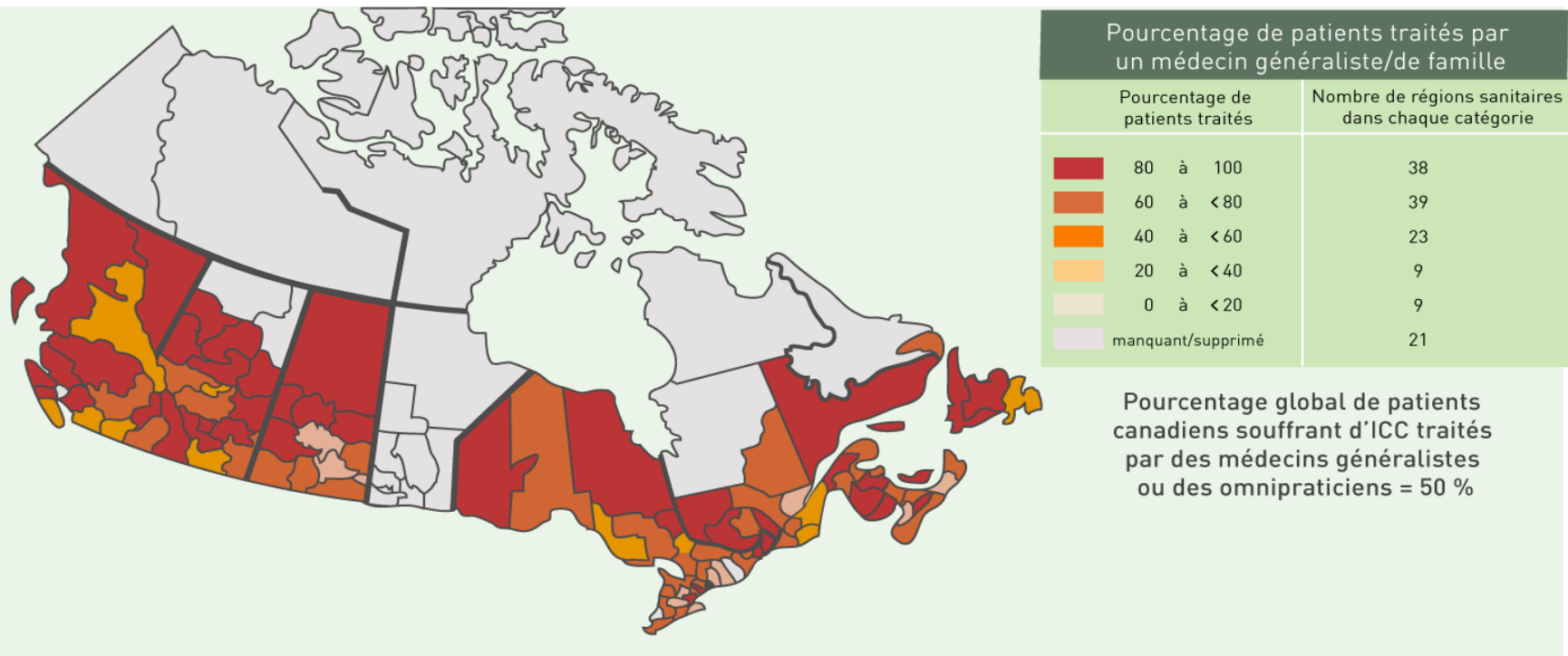
- Au terme de cette communication, le participant pourra :
 - identifier les patients souffrant de problèmes cardiovasculaires pouvant bénéficier de soins de fin de vie;
 - reconnaître les différents types de patients et leurs différents modes de réaction face à l'évolution de leur maladie;
 - choisir parmi les ressources disponibles celles qui sont le mieux adaptées pour la prise en charge des patients.



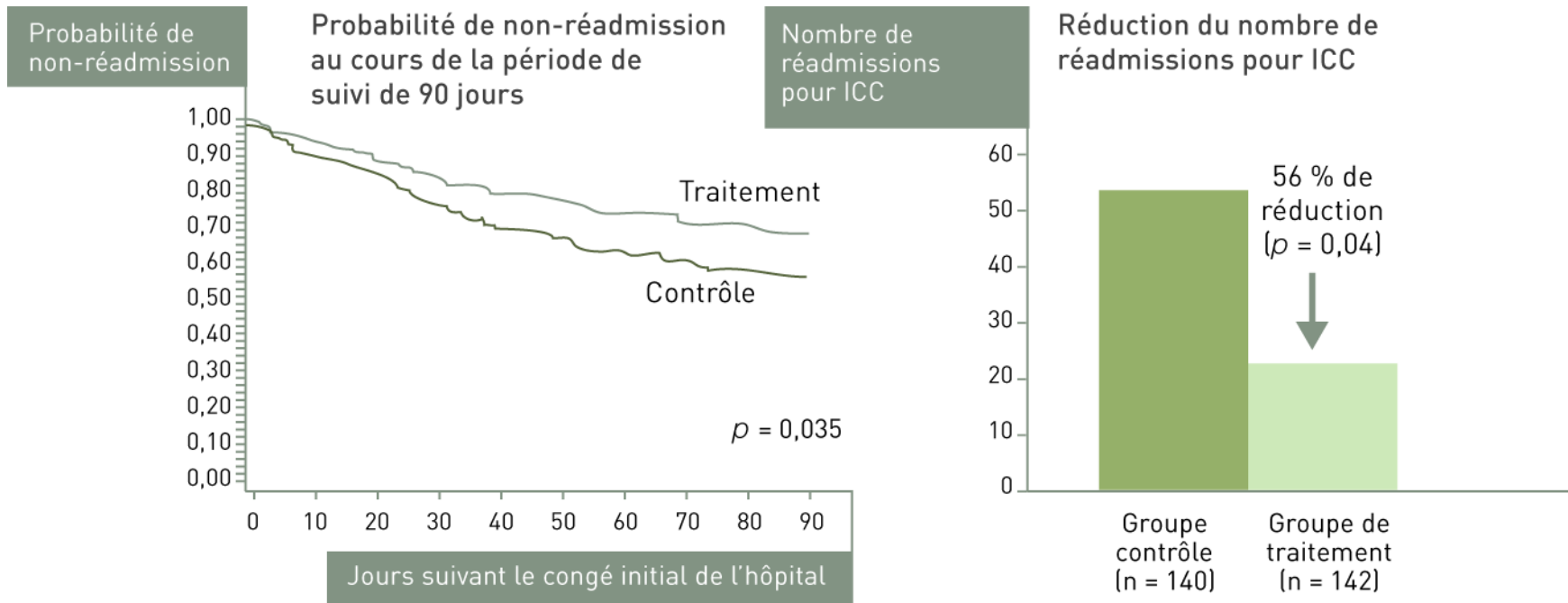
Ressources du réseau

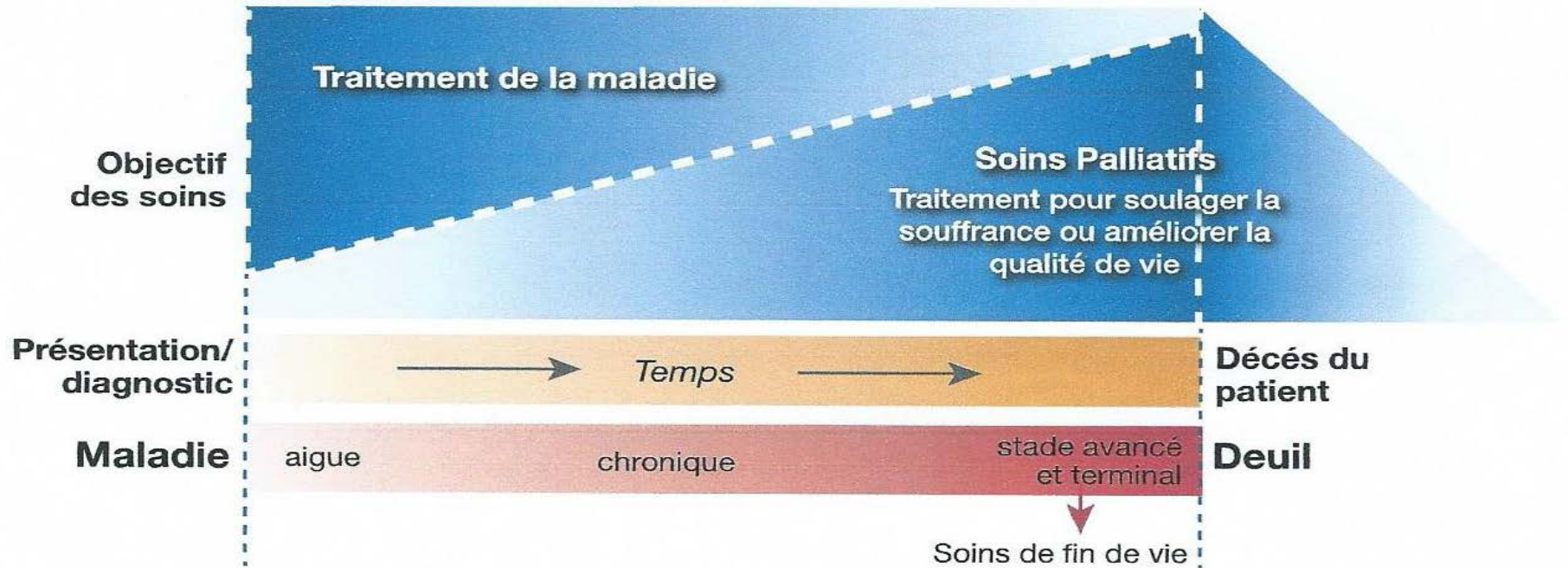
- Médecins
 - Médecine générale
 - Cardiologue - Interniste
- Infirmiers
- Pharmaciens
- Psychologues

La majorité des patients sont traités par des médecins généralistes



Effet des interventions multidisciplinaires sur la réadmission.





Association canadienne de soins palliatifs (2013). Modèle de soins palliatifs: fondé sur les normes de pratique et principes nationaux. Ottawa. Web: <http://acsp.net/media/319550/norms-of-practice-fr-web.pdf>

Clinique d'insuffisance cardiaque
VOS BESOINS D'INFORMATION

Date _____ **Nom** _____

1. Aimeriez-vous en savoir davantage sur l'état actuel de votre insuffisance cardiaque (traitements, mode de vie, médication)?

Oui ☐

Non ☐

2. Aimeriez-vous en savoir davantage sur la manière dont votre maladie risque d'évoluer (aggravation des symptômes, trajectoire de la maladie, risque de décès)?

Oui ☐

Non ☐

3. Aimeriez-vous en savoir davantage sur les complications possibles en fin de vie et les soins de confort?

Oui ☐

Non ☐

4. Aimeriez-vous en savoir davantage sur la préparation à la fin de vie?

a) sur le plan matériel (testament, mandat d'inaptitude, directives préalables, arrangements funéraires)?

Oui ☐

Non ☐

b) sur le plan psychosocial (aide psychologique, résolution de conflit)?

Oui ☐

Non ☐

c) sur le plan spirituel et religieux?

Oui ☐

Non ☐

5. Croyez-vous avoir pris toutes les mesures nécessaires au cas où votre état se détériorait

Oui ☐

Non ☐

Remettre cette feuille à l'infirmier/ère ou à la pharmacienne. Ces informations confidentielles aideront l'équipe de la clinique à mieux répondre à vos besoins.



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

With you, for Life

HEART FAILURE

Information
to help you cope



Centre hospitalier
universitaire
de Sherbrooke

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Connaître
son évolution
pour mieux la vivre



GUIDANCE
FOR PATIENTS
AND THEIR LOVED ONES



GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT
DESTINÉ AU PATIENT
ET SES PROCHES

WHAT ARE THE RISKS INVOLVED IN CARDIAC RESUSCITATION?

Cardiac resuscitation can be attempted when the heart stops beating.

However, it isn't always possible to "restart" the heart, especially when the resuscitation attempt begins too long after cardiac arrest.

In addition, even when the heart is revived there is always a risk of permanent damage to the brain.

For example, the patient may remain in a prolonged coma. This risk is related to the duration of the cardiac arrest.

When heart failure is advanced, the chance of resuscitation is less.

For this reason, it's important for a patient to think carefully about the risks and benefits before deciding whether or not he or she wishes to be resuscitated in the case of cardiac arrest. Patients are encouraged to discuss this with the cardiologist at the heart failure clinic.

DO ALL PATIENTS DIE SUDDENLY?

No. Heart failure can be controlled for many years.

Very often, death does not come suddenly, but rather after the gradual failure of the cardiac pump (heart), in other words as the heart becomes increasingly ill.

WHAT HAPPENS IN PROGRESSIVE HEART FAILURE?

Failure of the cardiac pump (heart) occurs when the illness gets worse and medication becomes ineffective.

Gradually, the heart is no longer capable of pumping enough blood for the organs to work properly.

The kidneys, liver, and other major organs no longer work, which leads to death.

Generally, this condition involves less consciousness and even coma, then death. These phases of the illness usually take place over several days if not weeks. Medication such as morphine can be administered during this period to increase patient comfort.

The sense of pain and difficulty breathing are diminished once a patient goes into a coma.

SUMMARY OF THE RISK OF DEATH SECTION

- **Sudden death** occurs when the heart's electrical system stops working.
- Not all patients with heart failure die suddenly.
- Very often, death comes after the **gradual failure of the cardiac pump** (after the heart becomes increasingly ill).
- Patients can discuss **cardiac resuscitation** and the installation of a **defibrillator-pacemaker** with the cardiologist at the heart failure clinic, if they wish.



INSUFFISANCE CARDIAQUE

Planifier sa fin de vie
et ses soins de confort



GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT
DESTINÉ AU PATIENT
ET SES PROCHES

LES TRAITEMENTS POUR SOULAGER LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

SI L'EAU S'ACCUMULE SUR LES POUMONS, QUE PEUVENT FAIRE LES MÉDECINS POUR SOULAGER LE PATIENT?

Quand l'essoufflement provoqué par l'accumulation d'eau cause de la détresse, les médecins administrent fréquemment une injection intraveineuse de Furosémide (Lasix®) pour éliminer le surplus de liquide.

Si malgré tout l'essoufflement s'aggrave, plusieurs médicaments, comme la morphine, peuvent être donnés afin de soulager l'inconfort.

LA MORPHINE PEUT-ELLE ENTRAÎNER LE DÉCÈS?

La morphine est un des meilleurs médicaments disponibles pour diminuer les difficultés respiratoires et la sensation d'étouffement.

La morphine ralentit la respiration, favorise le sommeil, réduit l'anxiété et bloque la perception de la douleur. La morphine peut être prescrite en une seule fois ou de manière continue si nécessaire.

La défaillance de la pompe cardiaque (cœur) demeure généralement la cause du décès. Toutefois, dans certaines situations, les médicaments administrés pour le confort entraînent un ralentissement de la respiration et une somnolence pouvant accélérer le décès.

AUX DOSES OÙ LA MORPHINE EST ADMINISTRÉE, CE MÉDICAMENT FACILITE LE TRAVAIL DU CŒUR, ENTRE AUTRES EN DILATANT LES VAISSEAUX SANGUINS.

ET SI LA MORPHINE NE FONCTIONNE PAS?

En cas de difficultés respiratoires persistantes, le patient peut devenir anxieux. Dans ce cas, des médicaments pour diminuer l'anxiété sont nécessaires (Lorazepam®, Ativan®, Midazolam®, Versed®). Ces médicaments vont généralement permettre au patient et à son cœur de mieux se reposer.

LORSQUE LE PATIENT LE SOUHAITE, LES MÉDICAMENTS CONTRE L'ANXIÉTÉ PEUVENT ÊTRE ADMINISTRÉS JUSQU'AUX DERNIERS MOMENTS. C'EST CE QU'ON APPELLE LA SÉDATION PALLIATIVE.

LA SÉDATION PALLIATIVE EST-ELLE UNE FORME D'EUTHANASIE OU DE SUICIDE ASSISTÉ?

La sédation palliative ne vise pas à provoquer le décès mais à soulager les souffrances. Cette façon de procéder est tout à fait acceptable en médecine palliative.

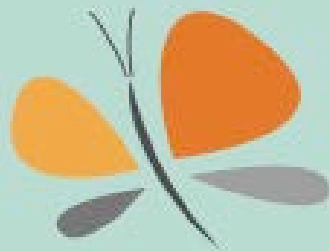
Le soulagement physique et psychologique peut être temporaire ou de longue durée.

Il arrive que le patient décède pendant la sédation palliative, qu'il ne se « réveille » pas. Le fait d'augmenter progressivement les doses de sédatifs est un acte palliatif, car l'intention du médecin est de soulager le patient et non de mettre fin à sa vie.

RÉSUMÉ – SECTION TRAITEMENTS POUR SOULAGER LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

- Les médecins peuvent administrer des médicaments pour éliminer l'accumulation d'eau sur les poumons.
- La morphine soulage les difficultés respiratoires et la sensation d'étouffement.
- Si les difficultés respiratoires persistent, des médicaments contre l'anxiété sont administrés afin de permettre au patient et au cœur de se reposer.
- La sédation palliative consiste à administrer les médicaments pour soulager les souffrances, ce qui permet le soulagement physique et psychologique du patient.

Ce document est disponible grâce au soutien financier du Fonds Brigitte-Perreault destiné à la qualité et à la sécurité des soins.



Fondation
du **CHUS**



Brigitte-Perreault

Messages clés

- Vérifier la disponibilité psychologique du patient et de ses proches.
- Utiliser les ressources disponibles
- Bien préparer les discussions sur les directives préalables.
- Mettre les ressources
- Prendre le temps.



Merci

Anne-Geneviève

Auger

Catherine Demers

Serge Lepage

Gilbert Leclerc

Francis Bonenfant

Jean-Claude Coallier

Warner Mampuya

Doan Hoa Do

Marie-Claude
Brochu

Marcel Arcand

Michel

Nguyen

Marie-Hélène

Verrette

Émilie Thibault

Jean-Dominic Rioux

Btissama Essadiqi